LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : A propos d'un cas de diphtérie par le Dr Fraigniaud, 485. — **Clinique ophthalmologique** : Cas de brûlures graves des yeux, par le Dr Xavier Daries, 486. — **Revue de la presse** : La varicelle du larynx. La laryngite suffocante variolleuse, par MM. Marfan et J. Hallé, 488. — **Académie des sciences** : *Séance du 13 juillet.* — Présidence de M. A. Chatin, 488. — Sur une méthode nouvelle de détermination des distances respectives des centres de localisations cérébrales, 488. — Terminaison des nerfs sensitifs musculaires sur les faisceaux striés, 489. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 juillet.* — Présidence de M. Hervieux, 489. — Actinomycose, 489 — Le sarcome en Algérie et sa guérison par les empiriques indigènes 489. — Prix Daudet, 490. — Les paralysies toxiques en général et la paralysie arsénicale en particulier. Dangers de la médication par l'arsenic, 490. — Défense de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle, 490. — Toxhémie des gastro-entéropathies, 491. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 17 juillet* 1896. — Présidence de M. d'Heilly, 492. — Dilatation de la glotte et écouvillonnage du larynx, 492. — Abcès du foie tropicaux, 493. — Infection purulente généralisée, 493. — Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un carcinome de l'œsophage, 493. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris** : *Séance du 10 juin* 1896. — Présidence de M. de Pradel, 493. — **Société de chirurgie** : *Séance du 22 juillet* 1896. — Présidence de M. Ch. Monod, 495. — Traitement du cancer du rectum, 495. — Pied bot varus épais congénital invétéré, 495 Traitement des kystes congénitaux du cou. Ablation d'un kyste avec prolongement dans le médiastin jusqu'au péricarde. Guérison, 495. — **Memento pratique** : L'acide urique, 495. — Action depilatoire des rayons X..., 495. — Moyens d'enlever le goût nauséeux de l'huile de foie de morue, 496. — **Variétés** : Les étudiants en médecine étrangers, 496. — Le cerveau de Gambetta, 497. — **Nouvelles**, 498.

CLINIQUE MÉDICALE

A propos d'un cas de diphtérie (1)

par le Dr Fraigniaud

La guérison d'une angine diphtérique s'obtient aujourd'hui communément, pourvu qu'on intervienne de bonne heure, grâce à la nouvelle méthode de traitement qui agit merveilleusement et vite. Mais le malade si rapidement rétabli, qui demain va rentrer dans la vie commune, dont on croit n'avoir plus rien à craindre, ne se trouve pas toujours dans les conditions voulues pour cela. Il peut encore porter avec lui des bacilles de Lœffler, pendant quelque temps, en aussi grand nombre qu'avant l'injection du sérum, et les semer dans son entourage, sans que personne s'en doute et y prenne garde. Il est donc utile de faire connaître que ce convalescent reste au moins suspect, peut être un danger pour tout le monde et qu'il y a à prendre vis-à-vis de lui certaines garanties nécessaires. Un fait que j'ai pu observer dernièrement me fournit l'occasion de vous parler de la contagion possible de la diphtérie par le sujet qui vient d'en être guéri et assez longtemps après.

Voici d'abord en quelques mots, l'observation de ma malade.

Une jeune fille de ma clientèle, âgée de 15 ans, habitant rue Marbeuf, après 3 ou 4 jours de malaises, est prise, dans la nuit du 12 au 13 février dernier, d'un état assez grave, pour qu'on fasse demander un médecin du voisinage. Le Dr Campion, qui est appelé, trouve une malade avec fièvre, se plaignant de la gorge, ayant des taches blanches dans la bouche et dans le nez et de l'écoulement nasal.

Il a l'obligeance de me prévenir et nous nous trouvons ensemble, dans la matinée, auprès de cette jeune fille. Le côté gauche du cou est volumineux, l'amygdale gauche, la luette sont couvertes de fausses membranes. La température est élevée, le pouls à 108, la déglutition difficile, mais la voix n'est pas altérée et il n'y a pas de toux. Nous décidons de faire tout de suite une injection de dix centimètres cubes de sérum du Dr Roux et nous envoyons au laboratoire municipal du mucus pris à même les fausses membranes, afin d'avoir un diagnostic précis. De grands lavages de la gorge et du nez sont pratiqués pendant la journée avec l'eau boriquée. La situation, le soir, paraissant rester la même, nous fîmes une seconde injection de cinq centimètres cubes de sérum, en attendant le résultat de l'examen bactériologique. Il nous parvient le lendemain 14 février, établissant la présence du bacille de la diphtérie, associé au staphylocoque. Une troisième injection de cinq centimètres cubes est encore pratiquée. Dès le lendemain la situation change, les fausses membranes se détachent et l'amélioration fait des progrès sensibles. Le gonflement du cou diminue, la gorge, le nez se nettoient, le pouls tombe à 80 et la guérison de cette angine diphtérique est obtenue dans les dix jours. Ni au début, ni pendant sa durée, soit avant l'injection du sérum, soit après, il n'y eut d'albumine dans les urines, aucune éruption cutanée ne fut non plus observée. Mais vers le douzième jour la voix devient

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

nasonnée, les liquides refluent par le nez, une paralysie du voile du palais se déclare qui durait encore un mois après.

Cette observation, comme vous le voyez, ressemble à beaucoup d'autres. Elle est un nouveau témoignage en faveur de ce merveilleux traitement, par les injections de sérum antitoxique, qui suffit à lui seul pour faire tomber les fausses membranes, sans autre intervention que des lavages antiseptiques, mais dont l'action ne s'étend pas aux bacilles. Comment cette jeune fille, habitant une maison neuve, un quartier salubre, où aucun cas semblable n'avait été signalé, avait-elle pris la diphtérie? Il était intéressant de chercher à le savoir. J'appris qu'elle suivait un cours de chant, où sa mère la conduisait et que là, depuis quelques jours, il était revenu une autre jeune fille qui six semaines auparavant avait eu la diphtérie.

Les deux amies s'étaient revues, s'étaient parlé, avaient repris leurs relations d'autrefois. Elles étaient à côté l'une de l'autre, chantaient sur le même cahier. Il y a tout lieu de croire qu'à la faveur de ce voisinage et des rapports qui s'établissent, le bacille existant encore chez l'une s'était transmis à l'autre. Comment? c'est une chose qui échappe le plus souvent. Il y a le mouchoir, il y a l'objet qu'on a porté à sa bouche, il y a bien d'autres moyens. Toujours est-il que peu de temps après la maladie se déclarait. Les médecins le savent aujourd'hui, mais le public l'ignore, six semaines, deux mois, quatre mois ne suffisent pas toujours, on dit même plus longtemps pour que le bacille de la diphtérie ait disparu complètement des mucosités de la bouche, du nez surtout d'un sujet diphtérisé et par lui puisse être communiqué. Je ne sais pas si autrefois, quand on soignait ces angines par des cautérisations multipliées, pendant 8 et 10 jours et plus, on parvenait à détruire les bacilles sur place et si l'enfant ainsi guéri, l'était pour lui et pour les autres. Mais ce qu'on observe assez souvent, c'est qu'après l'injection du sérum et la guérison de l'angine diphtérique, les bacilles restent encore et quelquefois pendant longtemps aussi nombreux qu'avant. Que les cultures témoignent qu'ils ont perdu leur virulence, il ne s'ensuit pas qu'ils ne soient plus capables de la recouvrer pour développer la diphtérie chez un sujet en état de réceptivité, comme ils la font reparaître à nouveau quelquefois, chez le même sujet, quand la période d'immunisation par le sérum est épuisée. Le sérum ne tue donc pas les bacilles de Loëffler, il donne seulement au malade la puissance de résister aux toxines.

Qu'en résulte-t-il? qu'il faut se défier plus qu'on ne le fait de ces malades si vite guéris, précisément parce qu'ils viennent d'être vite guéris. Tel est le danger ignoré du public que font courir les convalescents trop tôt rendus à la vie commune.

Ce qui s'est passé dans cette circonstance, je le crois, serait signalé dans bien d'autres, si on s'inquiétait davantage des origines de la maladie. Mais le sujet est vite perdu de vue après 2 ou 3 mois on ne soupçonne plus d'être encore un contagieux. Il me semble utile d'insister sur ce propos, car on ne croit pas qu'un enfant qui vient d'être l'objet de soins si particuliers, dont la demeure, les vêtements ont subi une désinfection qui est peut être plus apparente que réelle, pour qui surtout on a employé l'injection de ce sérum devenu si vite et si légitimement populaire, que cet enfant dis-je, en revenant au milieu de ses camarades, soit encore capable de leur transmettre la maladie dont il est déclaré guéri. L'injection de sérum ne répond pas à tout, comme on le croit, c'est un point qu'on ne saurait trop faire connaître.

Il fait tomber les fausses membranes et assure le présent pour le malade, mais il ne garantit pas son entourage de la contagion possible. Le temps qui s'est écoulé depuis l'injection du sérum, auquel on s'en rapporte volontiers, les lavages de la gorge et du nez qui ont pu être pratiqués ensuite, ne constituent pas une garantie complète. Ils ont leur importance au point de vue de la désinfection de la bouche et des microbes qui s'y développent, mais cela n'est pas encore assez. L'enfant d'un de nos confrères qui pratique avec une très grande compétence les travaux bactériologiques, deux mois après avoir été guéri d'une diphtérie, par les injections de sérum, avait encore autant de bacilles qu'au début, et cela, malgré les irrigations faites plusieurs fois par jour avec toute sorte d'antiseptiques. Isolé très rigoureusement à la campagne, il ne fut définitivement débarrassé de ses microbes que par une rougeole qui lui survint, mais alors tout d'un coup et complètement. Ma jeune fille mit aussi longtemps, alors que toutes les apparences de la santé lui étaient revenues.

Seule, l'absence du bacille spécifique, minutieusement vérifiée par l'examen bactériologique, reste donc la véritable preuve qu'un enfant ayant eu la diphtérie est véritablement guéri pour lui et pour les autres. Et dut la quarantaine dans laquelle il sera tenu être plus ou moins longue, ce n'est qu'à ce prix que toute sécurité est assurée.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Cas de brûlures graves des yeux

Par le Dr Xavier Dariex

Le 30 mars 1895 j'ai été appelé a donner des soins à un ingénieur pour des brûlures graves des yeux.

Un appareil oxhydrique, en faisant explosion, lui avait projeté de l'acide chlorhydrique dans les yeux qui, sans doute, avaient aussi été léchés par le

flammes. Le malheureux avait été lancé, par l'explosion, à 3 mètres de distance.

Je le vis environ 1 h. 1/2 après l'accident; les yeux étaient rouges, les paupières un peu gonflées, et les cornées sèches présentaient déjà une teinte opalescente assez analogue à celle des globes clairs dont on entoure les arcs électriques et qui sont assez transparents pour laisser voir les charbons et leur support. De même que ces globes, les cornées laissaient transparaître la lumière de l'éclairage oblique que l'on réalise avec une loupe, et l'on apercevait encore l'iris et la pupille.

Les symptômes inflammatoires augmentèrent rapidement; dès le troisième jour les cornées étaient desquamées et ulcérées, la conjonctive était chémosiée, les paupières œdémaciées, et les yeux secrétaient abondamment du mucopus. Les douleurs étaient très violentes.

Je fis faire des instillations d'atropine et, pendant les premiers jours, des applications continuelles de compresses fraîches trempées dans l'eau de Vichy; plus tard je fis employer une solution de sublimé à un pour dix mille et une solution boriquée à trois et demi pour cent. Les paupières et les yeux étaient enduits de vaseline blanche.

Au commencement de la seconde semaine les cornées étaient devenues opaques et blanches : la droite presque dans sa totalité; la gauche d'une manière très marquée dans sa moitié inférieure et beaucoup plus légèrement à sa partie supérieure.

A la fin de cette seconde semaine, des bourgeons charnus avaient paru sur les conjonctives et, dès le dix-huitième jour, en renversant les paupières, je constatai du symblepharon des paupières supérieures : il était peu étendu à l'œil gauche; mais il occupait une grande partie de la paupière et du cul-de-sac supérieurs de l'œil droit Les cornées commençaient à se vasculariser.

Le Dr Trousseau fut appelé en consultation. Nous tombons d'accord sur la nécessité de porter un pronostic grave et de faire toutes réserves quant à la vision qualitative, la vision quantitative étant la seule sur laquelle il fut possible de compter.

Dès que les accidents inflammatoires furent apaisés et durant toute la période de réparation, les compresses chaudes remplacèrent les compressess fraîches et, pour l'application de ces compresses, l'eau de guimauve remplaça l'eau boriquée.

Les bourgeons charnus exubérants furent touchés avec une pointe très fine de thermocautère et assez rapidement maîtrisés; je réussis, par des péritomies partielles, à empêcher la partie inférieure des cornées d'être plus ou moins envahie par les bourgeons charnus et de se couvrir d'un pannus plus ou moins épais.

Je m'efforçai d'éviter, autant que faire se pourrait, l'envahissement du symblepharon. Pour l'œil gauche, le moins profondément atteint, les choses se passèrent assez bien : il ne subsista que deux petites brides et une diminution de la profondeur du cul-de-sac conjonctival supérieur; mais ces brides ne gênent pas les mouvements de l'œil d'une manière appréciable.

Sur l'œil droit, il fut impossible d'éviter le symblépharon et il se développa à tel point que, dans son tiers moyen, la paupière supérieure était complètement soudée à la conjonctive bulbaire et à la cornée.

L'adhérence avait la forme d'un triangle dont le sommet partait du centre de la cornée et dont la base se perdait dans le cul-de-sac conjonctival supérieur. Comme cela arrive presque toujours — pour ne pas dire toujours — les tentatives de libération restèrent infructueuses : au bout de quelques jours l'adhérence s'était reformée. Devant cette impuissance malheureusement trop habituelle, je résolus de temporiser quelques semaines et de laisser la cicatrisation s'achever, comptant faire ensuite une opération plus complète.

Le 9 juillet, plus de trois mois après l'accident, je libérai complètement la cornée et je disséquai la conjonctive de manière à libérer la paupière supérieure, je formai ainsi un lambeau conjonctival adhérent par sa base à la paupière, près du bord palpébral, et dont la surface cruentée était postérieure, c'est-à-dire tournée vers le cul-de-sac, tandis que la surface muqueuse était antérieure. En rabattant ce lambeau en arrière, sa face postérieure cruentée venait s'appliquer sur la face postérieure de la paupière, cruentée elle aussi, tandis que sa partie antérieure lisse se trouvait en contact avec la cornée et la partie du globe oculaire dénudés de muqueuse.

Pour fixer ce lambeau dans le cul-de-sac supérieur et contre la paupière, je me servis de deux fils munis d'une aiguille à chacune de leur extrémité, je transfixai l'extrémité du lambeau avec ces deux aiguilles, dans le sens antero-postérieur, de manière qu'une boucle de deux millimètres l'embrassât par sa partie antérieure lisse; avec ces deux mêmes aiguilles, je transfixai la paupière aux deux points en correspondance avec ceux du lambeau et je nouai le fil sur un petit rouleau de coton mouillé, comme, par exemple, dans les sutures de Snellen. Le second fil avait pour but de consolider, par le même procédé, l'œuvre du premier. Cette opération, assez minutieuse, me donna un résultat durable et plus complet que je n'avais osé l'espérer : tout l'effet possible avait été obtenu.

Un pannus extrêmement épais était resté sur la partie supérieure de la cornée de cet œil droit. Je le disséquai à plusieurs reprises, libérant par la même occasion un peu de conjonctive bulbaire, et je pratiquai une péritomie ignée au niveau de la moitié supérieure du limbe. Le pannus finit par disparaître et, six mois après l'accident, il ne restait plus, sur

cette moitié supérieure de cornée, qu'une taie nacrée, encore à peine vascularisée.

Les culs-de-sac conjonctivaux inférieurs restèrent indemnes de symblepharon. Aussitôt les cornées cicatrisées, un traitement à la pommade jaune (introduite le soir entre les paupières) et aux compresses chaudes, appliquées trois ou quatre fois par jour, fut institué.

L'œil gauche porte sur la moitié inférieure de la cornée des taies indélébiles qui pourront seulement s'éclaircir encore légèrement, mais la moitié supérieure de la cornée a recouvré assez de transparence pour que la malade ait une vision qui lui permette de lire les caractères les plus fins, comme ceux employés pour certains petits livres de piété ; de sorte que, abstraction faite de l'étendue du champ visuel, cet œil a conservé toute l'acuité de sa vision.

L'œil droit, bien qu'un peu moins libre que le gauche, possède encore un cul-de-sac conjonctival supérieur, d'environ un centimètre de profondeur et si les parties supérieure et inférieure de la cornée sont trop opacifiées pour permettre la vision, il existe, sur le diamètre horizontal de cette membrane, deux triangles à base externe, qui sont assez transparents pour permettre une vision d'un huitième.

Il est extrêmement important, dans les cas de brûlure des yeux par des agents chimiques, d'être très réservé, quant au pronostic, durant les premiers jours. Le malade et son enourtage sont anxieux, ils voudraient être fixés et pressent le médecin de questions. Celui-ci doit avoir la prudence de ne pas se prononcer prématurément s'il ne veut s'exposer à recevoir par les faits un démenti capable de nuire a son prestige et à sa réputation. Pendant les premiers jours, en effet, il n'est pas possible, dans un accident sérieux, de se rendre un compte exact de l'étendue et surtout de la profondeur des lésions et il convient de laisser se passer huit ou dix jours avant de formuler son jugement.

REVUE DE LA PRESSE

La varicelle du larynx. La laryngite suffocante varicelleuse, par MM. Marfan et J. Hallé (*Rev. des mal. de l'enfance*, janvier 1896). — La varicelle du larynx est beaucoup plus rare que les autres déterminations muqueuses de cette affection : bouche, pharynx, conjonctive, cornée. On n'en connaît que quelques observations (A. Ollivier et Boucheron, Manouvriez, Lori). A ces faits, il faut ajouter les deux cas que publient MM. Marfan et Hallé, dont l'un s'est terminé par la mort et l'autre par la guérison après trachéotomie.

« Les déterminations laryngées de la varicelle sont précoces ; elles se produisent dès le début de l'éruption ou très peu de temps après, ce qui contribue à les séparer des laryngites dues à une infection étrangère et secondaire.

« La laryngite varicelleuse est caractérisée anatomiquement par de petites ulcérations nettement circulaires, peu nombreuses, siégeant de préférence sur les cordes vocales inférieures. Autour de ces ulcérations, la muqueuse peut être le siège d'une hyperémie plus ou moins intense et plus ou moins étendue. Ces deux ordres de lésions expliquent les deux formes cliniques qui trahissent l'exanthème laryngé. »

Tantôt « la varicelle du larynx détermine une laryngite avec sténose permanente simulant le croup diphtérique et nécessitant la trachéotomie. »

Tantôt « elle se traduit seulement par des accès de spasme de la glotte pouvant être mortels. »

La varicelle du larynx est donc une manifestation grave qui peut amener la mort, soit dans un accès de spasme de la glotte, soit par le fait d'une broncho-pneumonie secondaire.

Les infections bronchiques vulgaires sont assez fréquentes au déclin de la varicelle, surtout dans les hôpitaux, mais la bronchite, la bronchopneumonie et même la pleurésie doivent être mises sur le compte d'infections secondaires, où la varicelle de la trachée et des bronches est problématique.

Le diagnostic doit être fait avec la diphtérie laryngée.

Il est basé sur l'examen bactériologique des sécrétions de la gorge qui, dans la varicelle du larynx, ne donne pas de bacilles de Lœffler.

Comme traitement, il ne faut pas hésiter à recourir à la trachéotomie ou à l'intubation du larynx, dès que le tirage devient intense et persistant, ou quand il se produit des accès de suffocation qui menacent la vie.

Eug. Deschamps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 juillet. — *Présidence de* M. A. Chatin

Sur une méthode nouvelle de détermination des distances respectives des centres de localisations cérébrales. — M. Charles Henry. Le nombre maximum de numéros d'ordre de sensations que l'on peut faire évanouir par des efforts musculaires intenses et prolongés est le même (sept) pour la sensibilité auditive que pour la sensibilité lumineuse ; mais le nombre de sensations auditives que l'on peut faire évanouir *pour un même effort musculaire* est plus grand que le nombre des sensations visuelles dans le rapport de 2, 5 à 1.

Généralisant une conception simplificatrice, exposée dans ma Communication du 8 juin et vérifiée dans ses conséquences par l'analyse thermo-chimique, j'assimile les centres et les conducteurs optique et acoustique à des circuits de piles, ramifiés au circuit de la pile psycho-motrice par des fils d'aller et de retour, dont les longueurs sont préc-

sément égales aux distances respectives du centre auditif et du centre visuel au centre psychomoteur, et je me pose ce problème : *Déduire le rapport de ces distances du rapport des pertes respectives de sensations pour un même effort.*

Appliquant les lois de Kirchhoff sur les courants dérivés, posant : 1° que les pertes de sensations, considérées dans les périodes de croissance et de constance de la pile psychomotrice, sont proportionnelles aux différences d'énergie qui caractérisent chacune des piles sensorielles suivant que la pile psycho-motrice fonctionne ou non; 2° admettant que les résistances et les forces électromotrices des différentes piles sensorielles sont sensiblement les mêmes, ainsi que la conductibilité et la section des fils de jonction, j'arrive à cette conséquence que *le rapport des distances respectives des centres au centre psycho-moteur est inversement proportionnel aux pertes de sensations pour un même effort*, c'est-à-dire que le centre auditif est plus rapproché que le centre visuel du centre psycho-moteur, dans le rapport de 1 à 2, 5.

L'anatomo-pathologie localise dans la première temporale le centre auditif, dans le lobule lingual et la scissure calcarine le centre visuel, dans la région rolandique moyenne le centre des mouvements du bras; or, si l'on mesure sur la *feuille* 8 d'*Autopsie* du Dr Déjérine, complétée par la *fig.* 376 de l'*Anatomie des centres nerveux* de M. et Mme Déjérine, la longueur du faisceau arqué reliant la troisième frontale et la première temporale, on trouve 6 centimètres environ ; d'autre part, sur la *fig.* 221 de ce bel ouvrage, on trouve, pour la distance comprise entre la pointe occipitale et la région rolandique moyenne, 13 centimètres ; c'est-à-dire, pour le rapport cherché, 2, 16, nombre remarquablement concordant avec le nombre calculé 2, 5. La méthode peut être généralisée.

Terminaison des nerfs sensitifs musculaires sur les faisceaux striés. — M. Charles Rouget. Au cours de mes recherches sur les terminaisons des nerfs moteurs chez les batraciens, communiquées à l'Académie en 1893, l'imprégnation de muscles vivants par le bleu de méthylène m'a permis de constater également l'existence de terminaisons des nerfs sensitifs musculaires, appliquées sur les faisceaux striés, mais extérieures au sarcolemme (*épilemmatiques*), tandis que les terminaisons motrices sont en contact immédiat (*hypolemmatiques*) avec la substance contractile. Ces deux ordres de terminaisons spéciales n'occupent pas les mêmes régions du faisceau strié, mais les plans différents où elles sont situées sont séparés par un si minime intervalle qu'on peut observer et photographier simultanément, comme le montrent les photographies ci-jointes, les terminaisons motrices et les terminaisons sensitives. Les différences qui les caractérisent sont nettement tranchées; les terminaisons sensitives ne montrent jamais l'accroissement subit de diamètre et l'enroulement ou les inflexions du filament axile caractéristiques des terminaisons motrices. Elles présentent, au contraire, le type du mode de terminaison connu des nerfs sensitifs de la cornée, de la peau, etc.

De plus, tandis que les terminaisons motrices sont toujours dirigées parallèlement à l'axe des faisceaux striés, les terminaisons sensitives sont couchées obliquement ou transversalement à la surface des faisceaux; tandis que chaque faisceau strié est muni d'une ou plusieurs terminaisons motrices, les terminaisons sensitives sont beaucoup plus rares et disséminées, à intervalles asssez éloignés. Bien qu'on puisse observer quelques-unes de ces dernières, à la surface externe du muscle pectoral cutané, la plus grande partie se trouve à la surface profonde, au voisinage du ramuscule nerveux du muscle, dans la région même où sont concentrées les terminaisons motrices.

J'ai pu démontrer ces terminaisons motrices, dans les deux dernières leçons de mon cours au Muséum, en 1892, à l'aide de projections de clichés photographiques de mes préparations, ne provenant pas seulement du muscle pectoral cutané; j'ai observé, en effet, ces terminaisons sensitives également dans les muscles minces de l'abdomen et les muscles mylohyoïdien et hyo-glosses, etc. Ce sont donc bien des nerfs en contact médiat avec les éléments contractiles, qui complètent, par l'intermédiaire du faisceau musculaire, le *cercle nerveux* admis hypothétiquement par *Charles Bell*, constitué de telle façon que, si un nerf transmet l'influence du cerveau (?) au muscle, un autre communique au cerveau l'état du muscle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet. — Présidence de M. Hervieux.

La Correspondance comprend un pli cacheté déposé par le Dr Henri Barré (de Paris).

Actinomycose. — M. Duguet présente à l'Académie un malade dont il a déjà parlé récemment et qui est actuellement guéri par l'iodure de potassium.

Ce malade, âgé de trente-cinq ans, blanchisseur à Courbevoie, attribue d'abord tous les accidents à une carie d'une molaire, ainsi que son médecin et le dentiste. Les accidents ne faisant que progresser malgré l'ablation de la molaire, ce malade est allé consulter M. Duguet. M. Duguet élimina le diagnostic de lupus, de cancer, de syphilis et admit l'actinomycose, diagnostic confirmé par l'examen microscopique. Le malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium à dose rapidement croissante de 1 à 5 grammes par jour. L'amélioration fut assez rapide, mais le malade se plaignit que l'iodure lui diminuait les forces et lui brisait les jambes; la dose fut rabaissée à 2 grammes par jour, mais en même temps M. Duguet fit dans la tumeur des injections de teinture d'iode ; à partir de ce moment l'amélioration devint plus rapide et actuellement le malade peut être considéré comme guéri. La guérison a été obtenue en 4 mois.

Le sarcome en Algérie et sa guérison par les empiriques indigènes. — M. Reclus. Le Dr Legrain, de Bougie, a envoyé à l'Académie un travail sur le sarcome en Algérie et sa guérison par les indigènes. M. Legrain a constaté l'absence d'épithéliome dans le nord de l'Algérie et attribue cette absence à la sobriété des indigènes et à la non consommation de la viande de porc en Algérie. M. Reclus et M. Verneuil avaient commencé à recueillir un certain nombre de preuves à ce sujet. Il paraît que les animaux herbivores, les trappistes et les carmélites, qui ne mangent jamais de viande, n'auraient jamais de cancer. Les chartreux, qui de même ne mangent jamais de viande, n'auraient fourni qu'un cancéreux depuis un siècle. Les pays qui ne mangent pas de viande, comme l'Inde et la Perse, ne verraient jamais de cancéreux.

Ces idées ont été, de la part des vétérinaires, l'objet de critiques qui cependant ne les ont pas détruites.

M. Legrain a observé un malade atteint de deux tumeurs sur lesquelles il s'est borné à faire des applications de goudron indigène, la guérison a été complète et restait complète au bout d'un an.

Une jeune fille juive, atteinte d'un sarcome globo-cellulaire, fut opérée, mais deux fois il y eut récidive. Cette jeune fille alla se mettre dans les mains d'un guérisseur indigène qui appliqua une pommade à base de goudron et obtint la guérison.

Dans trois observations, avec examen histologique, la guérison fut amenée par les applications de goudron. Il est vrai que le diagnostic histologique du sarcome est extrêmement difficile et que les erreurs sont très communes. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur globo-cellulaire, il faut ne pas s'en rapporter à l'examen histologique, et recourir au cobaye comme pierre de touche. Il faut être d'autant plus rèservé au sujet des observations rapportées par M. Legrain qu'il s'agit ici de tumeurs cutanées.

Prix Daudet. — M. Empis lit un rapport sur les travaux envoyés pour le prix Daudet.

Les paralysies toxiques en général et la paralysie arsénicale en particulier. Dangers de la médication par l'arsenic. — M. Lancereaux rappelle les caractères généraux qui distinguent les paralysies toxiques.

Les paralysies toxiques ont une physionomie particulière et des caractères propres; elles se distinguent:

1° Par une localisation spéciale aux cordons nerveux des extrémités des membres, de préférence à ceux qui animent les muscles extenseurs, exceptionnellement aux nerfs optiques, phréniques et pneumogastriques.

2° Par l'atrophie des muscles affectés dans la contractilité électrique est diminuée ou même abolie et l'attitude demi-fléchie des membres résultant de la prédominance de l'altération des muscles extérieurs.

3° Par une symétrie à peu près parfaite en dehors des cas d'intoxication locale, aussi bien aux membres supérieurs, lorsqu'ils sont atteints, qu'aux membres inférieurs.

4° Par une marche ascendante qui des extrémités gagne la racine des membres et le tronc, de telle sorte qu'il ne serait pas illogique de les désigner sous le nom de paralysies ascendantes si celui de paralysies toxiques ne devait être préféré.

5° Par la concomittance des désordres subjectifs de la sensibilité générale, précédant d'ordinaire le trouble moteur et comme lui parfaitement symétriques et localisés de préférence aux extrémités des membres, qu'ils se manifestent par des sensations d'engourdissement, de picotements, de fourmillements, d'élancement et de brûlure.

6° Par des désordres objectifs et symétriques de la sensibilité générale également localisés aux membres avec intégrité presque constante de la sensibilité spéciale, lesquels se traduisent par l'exaltation ou la diminution de cette fonction suivant la nature de la substance toxique.

7° Par des troubles vaso-moteurs ou trophiques également symétriques et dont le maximum d'intensité atteint les extrémités des membres inférieurs, plus rarement celles des membres supérieurs.

M. Lancereaux rapporte l'observation d'une jeune fille de 13 ans se plaignant de brisures dans les membres avec température s'élevant de 35 à 40°; le pouls battait 130 fois par minute; en dehors de cela le teint était frais et la malade ne se plaignait de rien. On pensa à la tuberculose, d'autant plus que la respiration était un peu soufflante à l'un des sommets pulmonaires.

M. Lancereaux fut appelé au bout de trois semaines. Les pieds étaient devenus douloureux et difficiles à mouvoir; la jeune fille ne pouvait quitter le lit, l'appétit diminuait et l'amaigrissement avait succédé à la bonne mine de la malade. L'inspection des membres inférieurs mit sur la voie du diagnostic. Les muscles extérieurs étaient manifestement paralysés; les réflexes patellaires étaient abolis, les réflexes plantaires amoindris. Le cœur, les poumons et les reins fonctionnaient normalement, cependant l'amaigrissement devenait de plus en plus considérable et la mort était proche.

Il s'agissait assurément d'une paralysie toxique. La malade, atteinte d'une psoriasis, avait pris pendant trois ans de l'arsenic. Cette constatation rapprochée des autres phénomènes rendait presque certain le diagnostic de paralysie toxique arsénicale. La malade fut soumise à l'antipyrine, au régime lacté, au sulfonal pour rappeler le sommeil et au bout d'un mois elle était en pleine voie de guérison, son embonpoint revenait et ses paralysies étaient soumises à l'action des courants continus.

Les faits d'intoxication arsenicale avec fièvre sont très rares, M. Lancereaux n'a pu en retrouver aucun fait certain. Dans le cas ci-dessus, la fièvre ne dura pas moins de quatorze semaines, on avait d'abord diagnostiqué une fièvre continue, puis une lésion de la moelle épinière. La paralysie chez cette jeune fille doit se terminer par une guérison définitive à moins de complication. Cette observation est en tous cas très curieuse parce qu'elle reproduit l'ensemble des phénomènes de la paralysie arsenicale chronique, à savoir:

1° Tout d'abord des vomissements faciles, muqueux et bilieux, avec saburrhes des voies digestives; 2° un léger érythème pharyngo-laryngé et un état fébrile dont la courbe thermique offre avec celle de la fièvre typhoïde une certaine ressemblance sauf la durée; 3° des troubles de la sensibilité et du mouvement localisés spécialement aux extrémités des membres inférieurs d'où ils irradient ensuite vers le tronc.

Ce fait malheureux a mis M. Lancereaux sur la trace d'un autre cas de paralysie arsenicale chez une femme entrée dans son service et qui, à la suite d'absorption de liqueur de Fowler, jusqu'à la dose de 30 gouttes par jour, eut également de la fièvre, de l'anesthésie symétrique, de la paralysie et de l'amaigrissement.

De ces faits, qui montrent combien il faut être prudent dans l'administration de l'arsenic, on pourrait en rapprocher un certain nombre d'autres moins prononcés. M. Lancereaux en rappelle quelques-uns.

Cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à tout emploi thérapeutique de l'arsenic, mais il faut le faire avec précaution et ne pas prolonger plus d'un mois sans interruption.

Défense de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle. — M. François Franck fait une communication dont voici les conclusions:

1° La pression du sang dans les artères peut s'élever accidentellement à un niveau anormal, qui constitue un danger tant pour les artères elles-mêmes que pour le cœur et pour les éléments des tissus.

Cette hypertension artérielle est provoquée, en général, par une stimulation dont le point de départ est dans les surfaces sensibles ou dans le cerveau (influences psychiques, émotives); elle peut aussi résulter d'une excitation directe des centres nerveux par le contact d'un sang insuffisamment oxygéné ou transportant certaines substances toxiques. On la dit d'origine *réflexe* dans le premier cas, d'origine *centrale* dans le second.

Elle résulte essentiellement d'un spasme des artérioles contractiles se produisant dans les territoires étendus du domaine aortique et d'un renforcement de l'action du cœur, double réaction sollicitée par l'excitation exagérée des appareils nerveux vaso-contricteurs et excito-cardiaques : l'association de ces deux influences, dont l'une retient le sang dans les artères et l'autre l'y projette plus activement, explique très clairement le résultat mécanique de la stimulation sensitive ou centrale, l'excès de la tension artérielle.

Mais cet effet ne se maintient normalement qu'un temps ordinairement très court : après avoir atteint un niveau plus ou moins élevé, la courbe de pression artérielle redescend vers sa moyenne normale, tombe souvent au dessous et n'y revient que graduellement.

Ce défaut de persistance de l'effet initial n'est pas dû au relâchement rapide des vaisseaux dont le resserrement exagéré a, en grande partie, provoqué l'élévation de la pression : on voit, en effet, dans les expériences volumétriques comparatives telles que nous les pratiquons, les vaisseaux primitivement resserrés conserver leur constriction alors que la pression est déjà redescendue.

Des influences correctrices autres que le simple relâchement des vaisseaux interviennent donc, et c'est ailleurs que dans les territoires aortiques ayant subi le spasme réflexe qu'il faut chercher la raison du défaut de persistance de l'hypertension. Notre but a été de préciser, autant qu'il est actuellement possible de le faire, le mécanisme de cette réparation s'opérant spontanément chez les sujets sains.

Nous avons vu que cette correction automatique s'opère grâce à l'association de plusieurs réactions, dont les unes sont provoquées immédiatement par l'excitation sensitive elle-même (*procédés préventifs*) et les autres, plus tardivement, par l'excès de la pression artérielle sollicitant le centre nerveux à la réaction *correctrice*.

Le cœur, en se ralentissant, envoie moins de sang dans le système aortique surchargé; les vaisseaux superficiels musculo-cutanés se relâchent activement, ouvrant ainsi une large voie de déversement au sang sous pression dans l'aorte; les vaisseaux pulmonaires, en se contractant, diminuent l'apport sanguin au cœur gauche; les vaisseaux portes hépatiques, se resserrant également, l'afflux sanguin cardio-pulmonaire est restreint et le cœur droit ne souffre pas de la surcharge que lui imposait l'excès de résistance dans l'artère pulmonaire.

Grâce à cet ensemble de réactions qui se combinent automatiquement de la façon la plus avantageuse, l'hypertension est prévenue ou réparée et son danger écarté.

2° Les influences nerveuses qui provoquent la chute de la pression artérielle sont de 2 ordres très différents et qu'il importe absolument de distinguer; à l'état normal, l'excitation physiologique, fonctionnelle, de certaines surfaces sensibles, surtout viscérales et musculaires, provoque une réaction vaso-dilatatrice active et une diminution d'action du cœur dont l'association a pour effet une dépression artérielle modérée, transitoire, se réparant d'elle-même grâce à des mécanismes correcteurs faciles à déterminer. Si la vaso-dilatation qui s'opère en particulier dans les viscères abdominaux, sollicitée par une irritation exagérée, dépasse la mesure physiologique, elle entraîne des troubles de congestion active que j'ai vu souvent survenir, en particulier dans le rein et dans le foie : ici la réparation est favorisée par l'intervention thérapeutique qui peut aisément provoquer le resserrement des vaisseaux, trop fortement et trop longtemps dilatés.

Cette première série de réactions cardio-vasculaires est active et relève de la mise en jeu d'organes nerveux préposés au fonctionnement du cœur et des vaisseaux : toute différente est la série des dépressions causées par les irritations intenses, soudaines, soit des surfaces sensibles, soit du cerveau; ici ce sont des phénomènes d'inhibition qui se produisent, ce sont des troubles circulatoires par inertie des éléments nerveux brutalement impressionnés.

La dépression artérielle qui résulte de cette suspension d'activité centrale peut être avantageusement combattue, sauf les cas de choc irréparable, tant par les moyens mécaniques en usage pour relever la pression artérielle, que par les procédés de stimulation nerveuse rationnelle capables de tirer les centres de leur engourdissement. En tête des procédés mécaniques appliqués à la réparation de la pression, il faut mentionner les injections salines que nous avons vues tout à l'heure employées dans les dépressions d'origine infectieuse : il est possible qu'elles agissent en vertu de mécanismes plus complexes que ceux qu'on leur reconnaît et que, dans un cas de choc prolongé où l'auto-infection secondaire est vraisemblable, ces injections fassent pour ainsi dire coup double en s'adressant aux deux éléments mécanique et toxique de la situation.

En outre de ces procédés directs, il en est d'autres dont l'efficacité est établie par le long usage qu'on en a fait, mais qui peuvent être aujourd'hui plus scientifiquement interprétés : je veux parler de l'innombrable série des révulsions tant internes qu'externes. Tous ces moyens semblent agir, avec une activité et une appropriation variée, comme des stimulants modérés du système nerveux central qu'ils tendent à tirer de son inertie plus ou moins profonde; la connaissance actuellement assez complète du mode d'action de ces stimulants sensitifs permet de comprendre comment ils peuvent agir pour provoquer par voie réflexe le réveil du cœur plus ou moins inhibé et la contraction des vaisseaux dont le tonus est supprimé à un degré variable.

Toxhémie des gastro-entéropathies. — M. Clozier (de Beauvais). La toxhémie des gastro-entéropathes n'est pas une entité mais un complexus pathologique défini dont les symptômes essentiels sont constants. Les symptômes se présentent ainsi groupés et liés :

Intoxication de l'organisme par un poison autochtone; ralentissement de la circulation; refroidissement consécutif du corps, plus accusé à la périphérie qu'au centre; impotence fonctionnelle des muscles à fibres striées et à fibres lisses; absence totale ou tout au moins diminution notable des sécrétions sudorale et urinaire, des excrétions intestinales, des transformations hépatiques, enfin adynamie du système cérébro-spinal. Cette toxhémie se montre chez les sujets seuls qui, en l'absence de toute lésion organique de

l'estomac ou de l'intestin, éprouvent habituellement des digestions laborieuses.

Dans sa manifestation paroxystique, cet état morbide affecte toutes les apparences de la spontanéité ou de l'ictus, et le plus souvent frappe le malade au moment précis où ce dernier se trouve mieux portant que de coutume. Pour spontanée qu'elle paraisse, la crise toxhémique ne peut se développer que chez les sujets en état d'imminence morbide ; les accès de toute intensité reconnaîtraient, selon nous, comme cause occasionnelle constante, une sursaturation de l'organisme par des produits septiques autochtones. Ces poisons résultant d'une transformation lente et incomplète ou viciée des ingesta, seraient entraînés par la voie des capillaires et des lymphatiques, dans le torrent circulatoire et intéréresseraient ainsi nos éléments. Dès lors, tous nos organes et notamment la peau, les poumons, le foie, l'intestin et les reins, cessant de fonctionner physiologiquement les agents toxiques dont nous venons de parler s'accumuleraient nécessairement dans l'économie.

En réalité donc, les complexus toxhémiques des gastro-entéropathes, dans toutes les phases de leur évolution, sont l'expression d'une intoxication générale de l'organisme par des produits anormaux élaborés dans ou par le tube digestif asthénique et que ne peuvent éliminer des organes excréteurs impuissants ou insuffisants.

M. Barré lit une note sur quatre observations de guérison de maladies infectieuses par la désintoxication du sang.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Empis, sur le prix Daudet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet 1896. — Présidence de M. d'Heilly

Dilatation de la glotte et écouvillonnage du larynx. — M. Sevestre. La communication de M. Variot soulève quelques objections qui se rapportent à deux points : 1° moyen de diminuer le spasme laryngé; modifications du tubage désignées sous le nom de dilatation de la glotte et d'écouvillonnage du larynx. Je suis d'accord avec M. Variot pour admettre l'utilité des moyens propres à faire cesser le spasme, mais je serai beaucoup plus réservé relativement à l'emploi de la codéine. Je n'oserais affirmer que la codéine sera toujours aussi bien supportée qu'il l'a dit, et je crois que dans une maladie aussi déprimante que la diphtérie il faut éviter avant tout les préparations opiacées, même la codéine qui est, cependant, de toutes, la meilleure à employer dans l'enfance. Pour mon compte je préfère l'antipyrine et surtout je recommande des enveloppements froids.

Quant aux procédés que préconise M. Variot sous le nom de *dilatation de la glotte* et d'*écouvillonnage du larynx*, je ne puis partager l'enthousiasme que notre collègue professe à leur égard et surtout je crois qu'il faut protester contre l'emploi systématique de ces procédés. Lorsqu'on fait un tubage chez un enfant atteint d'un spasme prononcé, on éprouve parfois une grande difficulté à faire pénétrer le tube et, quand le tube est dans le larynx, on n'a plus qu'une crainte, c'est de voir l'enfant expulser le tube. Il faut véritablement une grande force d'âme pour se décider à retirer le tube au bout de quelques minutes. D'ailleurs, en pareil cas, on est obligé généralement de le replacer au bout de très peu de temps. Pourquoi donc ne pas laisser le tube en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures ?

Des réflexions analogues me paraissent applicables à l'écouvillonnage du larynx.

Lorsque l'introduction du tube refoule les fausses membranes et rend la respiration plus gênée, il faut s'empresser de retirer le tube et souvent alors on observe à la suite une expulsion de fausse membrane et l'enfant reste assez soulagé pour pouvoir se passer de tube ; mais dire d'avance que systématiquement on va introduire un tube pour écouvillonner le larynx et retirer le tube pour ne pas le remettre me paraît une pratique hasardée. Quand les circonstances permettent de retirer le tube il ne faut pas hésiter à le faire, mais cela n'arrive qu'occasionnellement.

M. Variot a proposé la dilatation temporaire et l'écouvillonnage afin d'éviter les inconvénients graves du tube laissé en place dans le larynx (obstruction du tube par des mucosités; troubles de déglutition ; altéra tion de la région antérieure du cricoïde). Ces accidents n'ont pas la fréquence que M. Variot leur attribue. Inversement je me demande si les tubages et détubages successifs n'auraient pas quelques inconvénients. Je remarque, en effet, en lisant le travail de M. Variot que plusieurs enfants qui avaient subi ces manœuvres ont présenté, quelques jours après, des broncho-pneumonies qui n'existaient pas à l'entrée. Ne pourrait-on pas dire que les infections secondaires ont été favorisées par les interventions répétées sur le larynx ?

M. Variot. — En ce qui concerne la codéïne, j'estime qu'en administrant ce médicament à doses fractionnées on n'a pas à craindre les accidents ou les inconvénients que suppose M. Sevestre. Par contre on peut espérer vaincre le spasme phréno-glottique et arriver ainsi à éviter une intervention sur le larynx.

En ce qui concerne la dilatation de la glotte, je ne vois pas l'inconvénient qu'elle peut avoir, quand on la pratique avec le tube d'O'Dwyer modifié sur un enfant vigoureux, non fatigué. Il ne peut en être question chez un enfant cyanosé, fatigué. Dans ce cas il faut avoir recours immédiatement au tubage. Je n'ai jamais conseillé, d'ailleurs, la dilatation brusque, mais la dilatation lente en se servant de tubes un peu plus forts que ceux qui sont indiqués sur les tables de graduation suivant l'âge. On laisse le tube quelques minutes et on le retire pour le remettre quelques heures plus tard ; on peut espérer éviter ainsi les dangers que présente le tube à demeure (ulcération du cricoïde, aphonie persistant après la guérison, rétrécissement cricoïdien).

Lorsqu'O'Dwyer, après Bouchut, proposa la dilatation à demeure pendant trois ou quatre jours, pour lutter contre la sténose laryngée dans le croup, la sérothérapie n'existait pas encore. Aujourd'hui l'évolution du croup est toute différente, grâce au sérum ; la durée de l'affection est moindre. La diphtérie laryngée guérissant plus vite, il est rationnel de penser qu'on peut laisser le dilatateur moins longtemps à demeure.

En ce qui concerne l'écouvillonnage, il faut distinguer l'écouvillonnage de nécessité et l'écouvillonnage systématique. Le premier s'impose, il n'est pas nécessaire de le discuter. Je ne conseille pas d'écouvillonner systématique-

ient, mais dans certains cas seulement, par exemple quand n a diagnostiqué l'existence d'une membrane flottante ans le larynx. Parfois l'écouvillonnage suffit à faire dispaître le spasme ; si malgré tout celui-ci persiste, il faut relacer le tube dans le larynx.

Abcès du foie tropicaux. — M. RENDU. Je viens observer deux cas d'abcès du foie tropicaux chez des maides qui avaient vécu autrefois dans les pays chauds.

Anatomiquement ce sont deux exemples typiques de ette variété d'abcès du foie qu'on a décrit sous nom d'abès tropical : une poche unique, volumineuse et anfractueuse, renfermant une énorme collection de pus, laisant intact le parenchyme hépatique circonvoisin.

Cliniquement ces deux abcès se sont comportés d'une açon similaire. Tout deux se sont développés lentement, sidieusement, sans jamais éveiller aucune réaction fébrile iolente. Cette apyrexie des grands abcès tropicaux n'est as un fait exceptionnel. Annesley aux Indes, Budd en ngleterre, Andral en ont cité des exemples. Il est permis e se demander si ces formes apyrétiques ne répondent as aux cas où le pus est stérile et amicrobien, comme cela tistait chez nos deux malades. Mais ce raisonnement n'est eut-être pas juste, car si le pus est stérile, cela ne veut as dire qu'il ait été primitivement amicrobien, mais qu'il t devenu infertile par la mort des micro-organismes.

Sans insister plus longtemps sur l'interprétation de la ause de l'apyrexie, il est intéressant de savoir qu'elle peut ister avec une suppuration intra-hépathique très étendue. absence de fièvre, en conséquence, ne doit pas être considérée comme un symptôme décisif pour éliminer l'hypothèse d'un abcès tropical. Il faut y songer chaque fois qu'on trouve en présence de malades ayant habité les pays auds. Nos malades y avaient vécu un certain temps. L'un ux, qui avait eu au Tonkin la dysenterie et la fièvre intermittente, était revenu en France guéri. Deux ans après, la suite d'excès alcooliques, étaient apparus des accidents congestion hépatique qui disparurent bientôt. Pendant ans la santé resta à peu près parfaite ; le malade n'accuit par instants que quelques crises douloureuses dans la gion épigastrique. Un jour, à la suite d'un refroidissement, les troubles s'exagérèrent et passèrent à l'état aigu ; il eut une recrudescence du malaise et des troubles intestiux. Le malade dut entrer à l'hôpital et l'on constata xistence d'un volumineux abcès du foie dont le début uit certainement très ancien. Il n'y avait pas de fièvre. abcès fut incisé et la guérison ne tarda pas à se manifes-

Le second malade avait vécu en Algérie, mais n'avait nais été malade. Il eut, six ans après avoir quitté les lonies, une entérite aiguë à la suite de laquelle se développa un abcès du foie volumineux, unique, ayant tous les actères d'une abcès tropical. La suppuration hépatique nt tout à fait exceptionnelle à la suite d'une entérite guë dans nos climats et se manifestant, quand elle a lieu, us forme d'abcès multiples qui ne ressemblent en rien elui que nous avons observé chez notre malade, il nous emblé qu'on ne devait pas incriminer l'entérite aiguë, is plutôt une infection hépatique ancienne, d'origine coiale, restée latente pendant six années.

Les abcès tropicaux se développent, généralement, à la te d'une dysenterie. Or, chez notre malade, nous n'avons evé aucune affection ancienne du côté de l'intestin. On rapporté, il est vrai, des cas d'abcès tropicaux typiques chez des sujets indemnes de dysenterie et n'ayant présenté aucun trouble intestinal antérieur, et nous sommes en droit de penser que, chez ce malade, il s'est agi d'un fait analogue. Il n'est pas facile de le démontrer, mais la chose est vraisemblable.

Infection purulente généralisée. — M. GOUGUENHEIM. Un homme de quarante-huit ans m'avait été envoyé récemment avec le diagnostic d'angine diphtérique pour être trachéotomisé. La dyspnée s'étant dissipée, je pus surseoir à l'opération et examiner la gorge. Le larynx baignait dans un liquide muco-purulent qui ne contenait que des chaînettes de streptocoques absolument purs et sans mélange. Je crois pouvoir attribuer la présence de ce pus à la rupture d'un abcès sous-muqueux intra-laryngé. La voix avait repris son état normal et le malade semblait guéri lorsque des symptômes inquiétants se manifestèrent du côté de la plèvre, du cœur ; il y eut un pseudo rhumatisme des articulations de la clavicule, l'urine devint albumineuse. L'autopsie fit constater la présence simultanée d'une péricardite purulente, d'une congestion pulmonaire et d'une pneumonie purulente gauche.

Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un carcinome de l'œsophage. — M. L. GALLIARD. Un homme de 48 ans souffre depuis quatre mois de dysphagie ; il ne peut avaler que des liquides, il a des régurgitations et son repas est fréquemment interrompu par des quintes de toux, suivies d'*expectoration alimentaire*. Il crache du lait finement aéré. Ce symptôme permet d'établir l'existence d'une fistule qui conduit les liquides de l'œsophage dans les petites ramifications bronchiques.

Après six semaines de séjour à l'hôpital Tenon, le malade, qui a refusé la gastrostomie proposée, a une syncope mortelle. On trouve l'estomac rempli par un énorme caillot sanguin. Cancer de la petite courbure et du cardia ; cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Au fond d'une petite cavité creusée dans la paroi antérieure de l'œsophage, on découvre l'entrée d'un trajet fistuleux aboutissant à la portion postéro-inférieure du poumon droit, qui présente une série de petits abcès, mais pas d'infiltration cancéreuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS

Séance du 10 juin 1896. — Présidence de M. DE PRADEL.

CORRESPONDANCE. — Journaux divers, La *Médecine moderne* qui contient un article de M. Séailles sur la tuberculose pulmonaire au Bureau de bienfaisance. Lettre de candidature de membre titulaire de M. le Dr Marguezy. Une commission est nommée composée de MM. Billon, Seailles, Dufournier, rapporteur. Lettre d'excuses de M. Kinzelbach.

COMMUNICATIONS DIVERSES. — M. Le Coin fait part de la maladie de M. Passant, président honoraire ; vœux pour son prompt rétablissement. Projet de visite à M. de Selves, préfet de la Seine.

Compte rendu des Sociétés médicales de Bordeaux et Lyon. — M. BILLON lit son rapport. Il fait ressortir l'intérêt de cette publication et insiste tout particulièrement sur l'énorme besogne qui incombe aux médecins des pauvres.

Traitement des maladies des femmes par l'électricité, M. MALBEC : Parmi les agents dont la thérapeutique s'est enrichie dans ces temps derniers, l'électricité sous ses divers modes occupe un des premiers rôles et si on ne lui a pas encore accordé toute la faveur qu'elle mérite, cela tient peut-être à ce que ses effets sur nos organes et nos tissus étaient physiologiquement mal déterminés, et que d'autre part son application demandait un apprentissage et une connaissance plus grande que celle de l'administration d'une substance médicamenteuse.

L'électricité produit dans l'organisme des effets physiques et détermine des actions chimiques selon la forme du courant employé, son intensité et sa qualité ; il importe donc de bien connaître l'agent que le praticien est appelé à appliquer sur ses malades et certes aujourd'hui les organes génitaux de la femme sont destinés à bénéficier dans une large mesure du traitement électrique ; c'est ce qui ressort de l'excellente monographie que vient d'écrire notre confrère le Dr Régnier.

Dans cet ouvrage qui ne compte pas moins de 300 pages sur le *traitement des maladies des femmes par l'électricité*, l'auteur expose tout d'abord avec beaucoup de clarté les différents modes électriques employés en gynécologie, l'outillage nécessaire et la technique générale ; puis il montre les applications de l'électrothérapie dans les multiples maladies des femmes ; signalons seulement les bons résultats obtenus par le traitement électrique dans les troubles menstruels, les tumeurs utérines et certains syndromes nerveux.

Cette méthode est des plus heureuses et sera des plu fécondes, elle évitera dans bien des cas une intervention chirurgicale aujourd'hui si facile, grâce à la pratique de l'antisepsie et conservera aux femmes des organes qui ont bien leur utilité.

Le livre de M. Régnier, essentiellement pratique, rendra de grands services à tous les praticiens qui ne sauraient se tenir à l'écart des méthodes nouvelles de traitement e trouveront là un excellent guide, aussi félicitons-nous notre confrère de sa publication et la Société des médecins des Bureaux de Bienfaisance ne peut que souhaiter voir chacun de ses membres produire de tels travaux.

La tuberculose pulmonaire au Bureau de Bienfaisance. — M. GIBERT expose que la question de la prophylaxie de la tuberculose est en cours d'études dans une commission réunie à l'Assistance Publique. Jusqu'ici cette commission avait limité son action aux hôpitaux (deux sous-commissions sont appelées à donner leur avis sur : 1° l'organisation de quartiers spéciaux dans les hôpitaux actuels ; 2° le logement des infirmiers), lorsque M. Strauss, grâce à l'heureuse initiative de M. Séailles, a mis sur le tapis la question pour les bureaux de bienfaisance.

M. Peyron a fait remarquer que la présence d'un médecin du traitement à domicile impliquait de la part de l'administration l'intention formelle de s'occuper de cette question et, sur la proposition du Président, M. Brouardel, une nouvelle sous-commission doit se réunir à cet effet.

M. Gibert pense que la discussion pourra prendre comme base les conclusions du travail de M. Séailles et il demande à la Société son avis.

Les conclusions de l'article de M. Séailles sont lues et on passe au scrutin sur chacune d'elles. Est adoptée après division de la proposition la première ainsi énoncée :

1° Les tuberculeux seront soignés par les médecins bureaux de bienfaisance soit à la consultation pour les des, soit à domicile pour les alités.

De même la deuxième conclusion :

2° Les médicaments de toutes nature utiles à leur sc gement pourront leur être prescrits en *quantités suffisa* Le lait, les poudres de viandes, les poudres féculentes seront donnés pour assurer leur sur-alimentation et se fournis par les pharmaciens des dispensaires.

La troisième conclusion qui, dans le texte de M. Séai précisait et les visites des médecins et les époques de dé fection a été modifiée et adoptée dans la forme suivant

3° Le médecin dans ses visites veillera à ce que les sures prophylactiques soient observées (désinfection locaux, désinfection des objets de couchage des tub leux).

Les quatrième et cinquième conclusions qui ont trait soins spéciaux à donner aux tuberculeux par des infirm surveillants sont repoussées à l'unanimité. Il est rapp ce propos que les ventouses peuvent être prescrites pa médecins du traitement à domicile et que l'administra a dû prendre dans tous les arrondissements des mes pour avoir à sa disposition des ventouseurs.

Une mention spéciale est faite comme mesure prophyl tique des crachoirs que déjà la Société médicale des bur de bienfaisance avait réclamés à la suite du remarquable port de M. Bimsenstein.

M. Gibert propose, pour donner corps aux mesures phylactiques, de faire une sorte d'instruction qui serait primée ; on aurait soin, ainsi que le commande l'huma de ne point dénommer l'affection tuberculose dans cet primé.

Toutes ces dispositions sont actuellement des mes d'opportunité transitoires en attendant la création des s toria et pour terminer l'étude de cette question la so émet à l'unanimité le vœu de la création de sanatoria les tuberculeux.

Dispensaires des bureaux de bienfaisance. — M. BERT annonce que l'administration de l'assistance publ a résolu de créer des dispensaires annexes des bur d'après les données de la Société, c'est-à-dire que les m cins qui seront les médecins des bureaux nommés au cours seront appelés à donner aux malades les soins tout médecin peut donner dans son cabinet. Pour tou qui concerne les spécialités les malades seront envoyés les soins des médecins dans les établissements spéciau l'assistance publique.

Un membre du conseil de surveillance a proposé d nexer à ces dispensaires des appareils pour bains, douc Qu'en pense la Société ? Après un échange de vues la ciété pense que certes cette annexe serait désirable qu'avant de penser à cette installation il importe d'al de créer ces dispensaires avec le strict nécessaire, tel q projet a été présenté par les soins de la Société.

Avertissement des décès par l'administration médecins des bureaux. — M. NOIR demande que le but d'éviter une visite toujours pénible pour la fa et pour le médecin l'administration avertisse le méd des décès qui viennent de se produire dans la clientèle i gente. M. Le Coin appuie cette proposition et la Soc émet ce vœu.

Des dangers de la vaccination pratiquée dans les locaux contaminés des maisons de secours. — M. Seailles apporte le fait suivant :

Le 4 mai on procédait à la vaccination gratuite du jeudi dans la maison de secours rue Legendre (17e arrond.). Sur 3 enfants vaccinés, 15 furent atteints de rougeole dans la quinzaine suivante : L'affection a-t-elle été transmise par un enfant qui était en puissance de rougeole, l'a-t-elle été par le local contaminé ? Cette dernière hypothèse pouvant être la vraie il y aurait lieu, comme du reste c'est la pratique dans certains arrondissements, de procéder à la vaccination dans un local spécial qui ne serait point susceptible d'avoir été contaminé par le séjour des malades.

Après cette communication, la Société émet le vœu que les vaccinations hebdomadaires soient pratiquées dans un local spécial dans chaque arrondissement.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire des séances : P. Dufournier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1896. — Présidence de M. Ch. Monod

Traitement du cancer du rectum. — M. Quénu. L'opération du cancer est une intervention grave, d'une faible mortalité générale. La statistique, presque toujours peu nombreuse des auteurs qui l'ont publiée, donne encore une notable mortalité. Je suis absolument comme M. Chaput partisan de l'anus contre nature établi préventivement mais 10 à 12 jours avant l'ablation rectale. Cet anus contre nature permet l'exploration des organes du petit bassin et renseigne sur la présence des ganglions et même des adhérences par propagation. La survie sans récidive donnée dans 50 0/0 des cas par M. Chaput me semble très exagérée, je n'ai qu'un cas et lui aussi, où les malades ont survécu 4 à 5 ans. Tous ceux qui ne sont pas morts immédiatement (6 sur 15) ont eu une récidive entre 1 et 2 ans.

M. Chaput. Faire l'anus iliaque deux fois avant la résection du rectum, me semble bien suffisant et le fait attendre 10 à 12 jours contribue encore à affaiblir le malade.

M. Bazy. La possibilité d'explorer la lésion et la colonne vertébrale par l'anus iliaque rend les plus grands services, peut parfois arrêter le chirurgien dans son projet d'enlever le rectum.

M. Routier. Je ne voudrais pas laisser passer ce qu'a dit M. Chaput sur l'affaiblissement du malade par l'établissement de l'anus iliaque, qui au contraire relève l'état général et permet souvent au malade d'obtenir une survie tout aussi étendue que celle donnée par l'ablation du cancer.

M. Reclus. Je croyais la question jugée depuis Verneuil et Trélat de l'efficacité indéniable de l'anus iliaque.

M. Tuffier. Les désastres qui ont suivi les opérations de Kraske que j'ai eues à faire m'ont fait renoncer à ces vastes interventions qui ne donnent pas de meilleurs résultats que l'anus iliaque.

Pied bot varus équin congénital invétéré. — M. Kirmisson. J'ai à faire un rapport sur les faits que vous a présentés M. Rochard. Les moulages nous montrent les déformations considérables dont était atteint le malade. M. Rochard fit une longue incision qui permit d'enlever toutes les portions osseuses qui entravaient le redressement et la mise en bonne situation du pied. La guérison se fit rapidement avec une petite fistulette qui persista assez longtemps et le malade marchait avec un simple appareil à tuteurs latéraux.

A cette occasion, M. Kirmisson présente les moulages d'une jeune fille chez laquelle la déformation était encore plus marquée que chez le malade de M. Rochard. Il me suffit de faire l'opération de Phels et une large arthrotomie médio-tarsienne, pour obtenir un résultat parfait. La photographie que je montre comme résultat après 5 ans indique quel bon résultat définitif on peut ainsi obtenir.

Traitement des kystes congénitaux du cou. Ablation d'un kyste avec prolongement dans le médiastin jusqu'au péricarde. Guérison. — Communication par M. Verchère.

Au cours de la séance, on procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Lejars est élu.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

L'acide urique. — Le dosage de l'acide urique est le plus souvent pratiqué par la méthode des pesées, qui exige un outillage compliqué. Voici un procédé simple, publié dans le numéro de septembre 1895 du *Nat. Drug.* On additionne l'urine d'un excès de carbonate de soude et l'on se débarrasse des phosphates par la filtration, puis on verse goutte à goutte, dans une quantité quelconque d'urine, 20 grammes, par exemple, la solution suivante :

Sulfate de cuivre.	1 gr. 484
Tartrate natrio-potassique. . .	40 —
Hyposulfite de soude	20 —
Eau distillée (q. s. p. f.) . . .	1.000 —

Un centigramme de cette solution précipite 0,001 d'acide urique ; ce dernier forme au fond du verre une poudre blanche caillebotée. Quand il ne se produit plus de précipité, la réaction est terminée.

Action dépilatoire des rayons X... — (Prof. John Daniel). Dans un article décrit dans le journal *Sciences* et dont l'analyse est contenue dans le *Medical Record* du 25 avril dernier, le prof. Daniel rapporte le cas suivant : il avait photographié, avec les rayons X..., la tête d'un enfant pour savoir, au juste, la situation d'une balle et guider l'opérateur ; le tout avait été installé à la façon ordinaire, le tube de Rœntgen étant placé à une distance d'un demi-pouce du crâne recouvert de cheveux et l'exposition ayant duré une heure. Au bout de vingt et un jours après l'expérience, les cheveux se mirent à tomber à l'endroit de pénétration des rayons X... sur un diamètre de deux pouces à peu près ; la peau était saine, le malade n'éprouvait aucune douleur ; il n'y avait là aucune lésion. Nous ne croyons pas que cette nouvelle action des rayons X... puisse être de quelque indication sur la nature intime de ces rayons, comme le croit le prof. Daniel. Evidemment, le phénomène ne ressemble en rien à la méthode si connue d'épilation par l'électrolyse, quelle que soit l'intensité de la décharge, l'échauffement du tube de Rœntgen ne peut l'expli-

quer, ni même la petite étincelle de décharge qui peut jaillir du tube sur le crâne.

Ce premier fait, fort intéressant, mérite d'être confirmé ; nous aurions là une application des plus intéressantes des rayons X... qui ferait délaisser bientôt complètement la méthode, d'ailleurs efficace, mais si longue et si fatiguante pour le médecin et pour le malade, de l'épilation par l'électrolyse. — (*Med. Record*, 25 avril 1896, et *Arch. d'élect. méd.*).

Moyens d'enlever le goût nauséeux de l'huile de foie de morue. *(Gaz. méd. de Liège)*. — On ajoute 1 gramme d'essence d'eucalyptus à 100 grammes d'huile (procédé Duquesne).

On prend 400 grammes d'huile, 28 grammes de café torréfié et moulu, 10 grammes de noir animal en poudre, et on chauffe le tout au bain-marie à 60° pendant un quart d'heure dans un matras bouché. Après avoir retiré le mélange du feu, on l'abandonne à lui-même pendant deux ou trois jours, en agitant de temps à autre, puis on filtre au papier. On obtient de cette façon une huile limpide, ambrée, ayant une odeur et une saveur de café très prononcées. Ce procédé est du docteur Caro Pavesi.

VARIÉTÉS

Les étudiants en médecine étrangers.

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante au sujet des étudiants en médecine étrangers :

Paris, le 21 juillet 1896.

Monsieur le recteur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

Les services et laboratoires de nos facultés de médecine continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y commencer et y poursuivre des études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'état, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si, au moment de leur première inscription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Pour les autres, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les universités ; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur conférera pas le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné au secrétariats des facultés, au moment de leur inscription.

Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées comme par le passé.

Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les universités en 1895-1896.

Il continuera d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires des pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.

Recevez, etc.

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

A. RAMBAUD.

La circulaire du ministre de l'instruction publique est excellente en elle-même et sera sans doute approuvée par tous nos confrères ; plusieurs de ses parties soulèvent néanmoins quelques objections.

« Les services et laboratoires de nos Facultés de médecine, dit le ministre, continueront de rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers. » Il aurait été prudent d'ajouter au moins *sans condition spéciale*. Les étudiants en médecine et les médecins français n'ont pas, eux, leurs entrées libres dans tous les services et dans tous les laboratoires et il serait dangereux de donner aux étrangers, par le seul fait qu'ils viennent de loin, une telle prépondérance sur nos nationaux.

Quant à cette distinction des étudiants en médecine étrangers en deux catégories, selon qu'ils désirent ou non exercer la médecine en France, elle est tout à fait logique. Ceux qui voudront jouir en France des mêmes avantages que nous devront remplir les mêmes conditions que nous; l'égalité cependant sera encore loin d'être parfaite, puisque les étrangers ne seront pas gênés dans leurs études par toutes les obligations imposées à nos nationaux par le service militaire.

« Pour les autres, dit le ministre, il continuera de leur être accordé comme par le passé, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français. » Pour ceux qui savent avec quelle facilité et quelle abondance cette dispense était accordée à bon nombre de rastaquouères, ce *et plus largement encore* fait craindre le développement d'abus déjà trop criants. Cette disposition portera sans doute beaucoup de personnes à croire qu'il y aura désormais en France deux diplômes de docteur en médecine, l'un réservé aux Français et assimilés et qui conservera, espérons-le, toute sa valeur, l'autre bon uniquement pour l'exportation et que les étrangers ne se donneront plus la peine de venir chercher chez nous. Pour faire disparaître cet inconvénient il faudrait au moins que ces équivalences fussent nettement déterminées et rendues publiques, et encore est-il bien difficile de croire que cela mettrait fin à tous les abus.

A. CHEVALLEREAU.

Le cerveau de Gambetta,

d'après MM. Mathias Duval et Manouvrier

On a beaucoup glosé sur la mort de Gambetta ces temps
rniers. On a notamment rappelé que les amis du grand
triote s'étaient partagés ses restes : l'un s'adjugeant son
ur, l'autre son bras, un troisième son intestin, etc. Quant
cerveau, « l'organe noble », on a dit, et le fait est exact,
'il avait été déposé au laboratoire de l'Ecole d'anthropolo-
. C'est M. le Professeur Mathias Duval qui fut chargé de
xaminer. Cet examen n'allait pas vraisemblablement sans
ficultés, car le rapport sur « la description morphologique
cerveau de Gambetta » ne fut discuté qu'à la séance du
mars 1886 de la *Société d'anthropologie*, soit un peu plus
trois ans après la mort de l'illustre orateur.

Le cerveau de Gambetta avait été moulé par Chudzinski
c'est d'après ce moulage que M. Duval put exécuter
différentes figures qui lui permirent de faire connaître les
erses particularités relevées sur le cerveau soumis à son
men. Ces particularités sont d'ordre trop technique pour
e nous les reproduisions ici (1). Nous en retiendrons seu-
ient que M. Duval, « sans tenter aucune généralisation »,
elait l'attention de ses collègues sur la troisième circon-
ution frontale gauche, où se trouve, comme on sait, lo-
isée la faculté du langage, qui présentait chez Gambetta
disposition tout à fait anormale.

Le cerveau de Gambetta offrait, en effet, un type de déve-
ppement extrême de la troisième frontale, dont le cap était
oublé, contrairement à ce qui s'observe à l'état normal.

M. Duval terminait son étude par cette conclusion :

« Si je ne craignais d'émettre une proposition trop peu
ntifique dans sa forme, je dirais volontiers que ce cer-
u me paraît *beau* en ce que ses plis, malgré leur com-
xité, présentent dans leur disposition une régularité en
lque sorte schématique. »

Trois mois après sa première communication, M. Duval
posait ses vues, toujours devant la *Société d'anthropo-
ie*, sur le *poids de l'encéphale de Gambetta*. La grande
torité qui s'attache à tout ce qui émane du savant profes-
r de physiologie dit assez quel intérêt présentent les
sidérations qui vont suivre :

« Douze heures avant l'autopsie le sujet avait été embaumé,
-t-à-dire injecté au chlorure de zinc. Ce sel astringent a
ur effet de ratatiner les tissus en leur enlevant une cer-
ne quantité d'eau. A l'ouverture du crâne, nous vîmes
couler une grande quantité de liquide, qui fut perdue et
put être évaluée. Evidemment l'injection de chlorure de
, remplissant les vaisseaux de la dure-mère, avait pro-
t sur l'encéphale une action analogue à celle qu'on observe
des pulpes végétales fraîches quand on les saupoudre
sel de cuisine; il se fait une abondante exsudation de
uide.

Dès que le cerveau fut recueilli, nous le plaçâmes immé-
ement dans le plateau de la balance disposée d'avance
t effet; le poids fut de 1160 grammes.

Le cerveau fut alors placé dans une terrine et le tout sus-
du dans une serviette, pour être commodément emporté.

Le moment, MM. Paul Bert et Laborde s'enquirent du poids trouvé; informés qu'il était de 1160 grammes, ils se récrièrent, en présence d'un poids si faible, et tentés de croire à une erreur dans le pesage. Le cerveau fut aussitôt déballé, et sous leurs yeux, ainsi qu'en présence du docteur Fieuzal, à l'initiative duquel nous devons l'intervention d'un représentant du laboratoire dans cette mémorable autopsie, le cerveau fut replacé sur la balance; le poids fut de 1150 grammes.

Evidemment ces manipulations, en comprimant la masse cérébrale, en avaient fait sortir du liquide, et, en pesant le cerveau seul, sans ce liquide, nous devions constater cette perte de poids de 10 grammes.

Le cerveau, pour éviter les déformations des circonvolu tions, fut alors arrosé d'alcool, enveloppé d'un linge fin imbibé d'alcool, remis ainsi dans la terrine, et le tout empaqueté comme précédemment. Pendant le trajet en chemin de fer, de Ville-d'Avray à Paris, puis en voiture, de la gare Saint-Lazare au laboratoire d'anthropologie, ce paquet fut soigneusement porté suspendu à la main, ce qui ne saurait dire qu'il fut entièrement soustrait aux cahots du wagon et de la voiture. A l'arrivée au laboratoire, il fut soigneusement pesé : le poids fut de 1,090 grammes. Aussitôt cet encéphale fut immergé dans l'alcool.

Evidemment, de ces divers poids ainsi successivement obtenus, il n'en est qu'un que nous devions retenir pour le moment, c'est celui de 1,160 grammes, donné par la pesée faite immédiatement après l'extraction. Ce poids représente-t-il le poids réel du cerveau? Non certainement, ainsi que nous l'avons fait pressentir en insistant sur ce fait que le sujet avait été injecté au chlorure de zinc, et que ce sel avait amené l'exsudation d'une grande quantité de liquide, perdu au moment de l'ouverture du crâne, liquide dont la masse venait diminuer d'autant le poids cérébral.

Etait-il possible de reconstituer après coup le poids cérébral primitif, naturel, c'est-à-dire tel qu'on l'aurait trouvé à l'autopsie, si le sujet n'eût pas été embaumé au sel de zinc? Nous avons pensé que la chose était à tenter, et nous avons à cet effet institué une série d'expériences. »

De ces expériences il résultait que le poids réel du cerveau de Gambetta devait être d'environ 1246 grammes.

Ainsi le poids du cerveau de Gambetta se trouvait être inférieur à la moyenne; fait d'autant plus intéressant, comme s'empressa de le faire remarquer M. Manouvrier, qu'il constituait une assez rare exception à cette règle très générale : que le poids de l'encéphale, chez les hommes distingués par leur intelligence, est très notablement supérieur à la moyenne.

« Il n'est plus permis de douter aujourd'hui, écrivait M. Manouvrier (1), de la relation importante qui existe entre l'intelligence et le développement quantitatif du cerveau. La réalité de cette relation est démontrée par une foule de comparaisons entre les différentes espèces d'animaux, entre les anthropoïdes et l'homme, entre les peuples sauvages et les civilisés, entre les imbéciles et les hommes ordinaires, entre ceux-ci et les hommes distingués par leur intelligence. Chez ces derniers, un grand poids cérébral est la règle; un poids cérébral inférieur à la moyenne est une rare exception, très rare si l'on ne tient pas compte, ainsi qu'on l'a fait trop souvent, des cerveaux d'hommes remarquables morts à un âge très avancé, alors que le cer-

(1) On les trouvera tout au long exposées dans le travail original MM. Chudzinski et M. Duval (*Bulletins de la Société d'anpologie de Paris*, 1886, p. 129 et suivantes.)

(1) *Revue philosophique*, avril 1888.

veau peut avoir perdu jusqu'à des centaines de grammes de son poids.

Je n'insisterai pas davantage sur ce sujet que j'ai traité dans un mémoire spécial (1), je ne veux pas conclure du reste de l'infériorité du poids cérébral de Gambetta, que celui-ci était d'une intelligence au-dessous de la moyenne : le poids n'est pas tout dans un cerveau. Gambetta pouvait avoir et avait certainement de nombreuses qualités cérébrales qui lui conféraient une supériorité physiologique à certains égards, mais il n'est pas moins évident qu'il manquait d'une qualité cérébrale dont peu d'hommes remarquables sont dépourvus et que ce défaut devait correspondre de son côté à une certaine infériorité psychologique. En d'autres termes, quelles que fussent les qualités d'esprit de Gambetta, il était dépourvu de celles qui correspondent à la supériorité du poids cérébral, et qui doivent être importantes, puisque la supériorité en question fait si rarement défaut chez les hommes illustres ou simplement comme s'étant élevés au-dessus du vulgaire (2).

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Sevestre, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie), à l'hôpital des Enfants-Malades

Avis — Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Dans le cas où l'étudiant, ou sa famille, n'accepterait pas la suite donnée à la demande, il en serait référé à l'administration.

Diplome de sage-femme. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme de première classe devront, à dater du 1er octobre 1896, produire, entre autres pièces, pour se faire inscrire dans une Faculté, dans une Ecole de médecine ou dans une maternité, soit le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études secondaires, institué par l'article 5 du décret du 14 janvier 1887 relatif à l'enseignement secondaire des jeunes filles.

Quant aux aspirantes au diplôme de sage-femme de deuxième classe, elles devront justifier, avant d'entreprendre leurs études, du certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle en date du 13 juillet 1896, M. le médecin-inspecteur Emery Desbrousses, inspecteur général, en 1896, du VIIIe arrondissement du service de santé, est nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Chauvel, précédemment appelé à un autre emploi. M. le médecin-inspecteur Emery Desbrousses ne prendra possession de son poste qu'après la clôture de ses travaux d'inspection générale en 1896.

Corps de santé militaire. — Réserve et armée territoriale. Par décret en date du 13 juillet 1896, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins majors de deuxième classe de l'armée territoriale Mauriac, Rivière, Moreau et Porson.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Dautel, Feuillade et Gellé.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Meugy, Stourme, Pascault, Bouyon, Dourisboure, Cambours, Pauliet, Lamarque, Allard, Raulin, Claa et Lacaze.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Marty, Oddo, Tissel, Thoumas, Abrial, Suzanne, Barincou, Soudée, Peguère, Tostevint, Lesguillon, Duclos, Petit, Hameau, Naudin, Meneau, Lavaux, Nozo, Defaucamberge et Mordret.

Par décret, en date du 13 juillet 1896, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Challan, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Lippmann, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Mirallié, Bariety, de Massary, Spindler, Rivière, Dufour, Grezes, Vignaud-Dupont de Saint-Florent, Gouget, Vignan, Degos, Dubois, Moussaron, Lefèvre, Fournial, Descouleurs, Perramond, Cochard, Lavat, Sirieys, Péron, Amblard, Conte, Baudin, Bossard, Soueix, Olmières, Debains et Tatu.

(1) *Mémoire sur l'interprétation de la quantité dans l'encéphale et du poids de cerveau en particulier.* (*Mém. de la Soc. d'anthropologie de Paris*, 2e série, t. III.)

(2) « Gambetta, a encore écrit M. Manouvrier, n'est pas le seul homme doué de plusieurs qualités intellectuelles brillantes et qui ait eu un petit cerveau; j'ai déjà dit pourquoi ces rares exceptions ne détruisaient en rien la signification indiquée d'ailleurs. Mais analysons un peu plus profondément ce cas particulier. Gambetta avait une bonne mémoire; c'est une faculté que personne n'a songé à rattacher à la quantité cérébrale. Gambetta était orateur; avait une *vaste* circonvolution du langage. Cette partie de son cerveau fait une forte saillie sur le moulage intracranien. Il y avait là, évidemment, une quantité considérable de cellules, et la quantité, comme je le disais plus haut, pèse et tient de la place. Eh bien ! supposons que Gambetta eût toutes les qualités intellectuelles possibles : sans doute, alors, toutes les circonvolutions ou du moins la plupart d'entre elles, et de beaucoup plus grande que la troisième frontale, eussent eu un grand développement. Alors cette dernière n'eût plus fait saillie ; mais le cerveau eût été lourd et volumineux. Il ne l'était pas : j'en conclus que Gambetta pouvait avoir beaucoup de qualités cérébrales mais qu'il ne les avait point toutes, car le fait qu'une qualité cérébrale manquait à Gambetta ne constitue pas une preuve que cette qualité, possédée par presque tous les grands hommes, n'est qu'illusoire. Je conclus enfin, pour témoigner de mon respect envers la mémoire d'un orateur patriote, qu'on peut être un homme très remarquable et ne point posséder cependant, sans exception, toutes les qualités cérébrales. » (*Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, 1886, p. 411-412).

u grade de médecin aide-major de deuxième classe de rmée territoriale. — MM. les docteurs Abadie et Plesd.

La Faculté de médecine de Lille vient de voter la transmation de la chaire de thérapeutique en une chaire de *ctériologie et thérapeutique expérimentale*.

École de santé militaire. — Sont admis à subir la prère partie des épreuves orales du concours d'admission à cole du service de santé militaire de Lyon, les candidats nt les noms suivent :

MM. Aerts, Anthony, Antoine, Armeilla, Arrault, Aujas, Aversenq; Bablon, Badie, Baisset, Bargy, Benoit, bard, Borie, Boulin, Boyer, de Brianson, Brunetière, huzac, Carsignol, Casaux, Casse, Castagné, Chambras, ampeaux, Coste, Crosmarie; Degris, Delacourt, Delar-, Delmard, Derycker, Do, Domage, Dugast, Duguet, pla, Dupuich, Durand; Erlanger, Eysseric; Fabre, Fau, ntagné, Fontanilles, Forget, Fradier, Frécus, Frémont; riel, Garnaud, Gaubert, Gaussin, Gimazane, Grillat, uié, Guericolas, Guillaumet, Henry, Houpert, Hurel, riez; Izard; Jacquot, Jeandidier, Jullien; Lacomme, coste, Lajoanio, Lautieri, Laporte, Laurens de Lacenne, urd, Leclerc-Montmoyen, Legendre, Léothaud, Lévy, nuard, Loewel, Loubet, Loüet; Magnoux, Mailhetard, llet, Mansion, Marcailhou, Marcombes, Massip, May, istermann, Menier, Moisseney, Molard, Montané, Morl, Muller; Niéger, Nurdin; Page, Pallut; Pelloux, Périé, rin, Perrot, Picqué, Pierre, Poirée, Pons; Randon, u, Ribis, Rinckenbach, Romieu, Roques; Saint-Mar-Santini, Schmeltz, Schnaebelé, Senat, Ser, Spick, Syl-re; Taillade, Talabère, Talon, Tellier; Vaissade, de ian, Villa; Weitzel; Zerlaut.

es candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les uves orales, dans la ville qu'ils auront choisie au moit de leur inscription.

orps de santé de la marine. — Par décret, en date 18 juillet 1896, a été promu dans le corps de santé de la ine :

u grade de médecin de première classe. — M. Vallot, decin de deuxième classe.

ispensaire de salubrité de Paris. — Le concours pour places de médecin adjoint s'est terminé par la nomina- de MM. les Drs Lebon, Gresset, Tournier, de la Nièce ernard.

ongrès de gynécologie et d'obstétrique. — Le deue Congrès international de gynécologie et d'obstétrique endra à Genève du 31 août au 5 septembre.

y a cinq questions principales à l'ordre du jour.

remière question. — *Traitement des supurations pelnes* ; rapporteurs : MM. Sanger, Kelly, Bouilly.

euxième question. — *Traitemement chirurgical des réviations utérines* ; rapporteurs : MM. Kustner, Polk, i.

oisième question. — *Du meilleur mode de fermeture de omen* ; rapporteurs : MM. Granville, Bantock, La e.

atrième question. — *Fréquence relative et formes les communes du rétrécissement du bassin suivant les rents pays, groupes de pays ou contrées* ; rapporteurs: Fancourt, Barnes, Dehrn, Fochier, Kufferath, Lusk, , Pawlick, Pestalozza, Treub.

Cinquième question. — *Traitement de l'éclampsie;* rapporteurs : MM. Charles, Charpentier, Halberstma, Veit, Mangiagalli, Parvin, Byers.

Institut international de bibliographie. — L'Institut international de bibliographie a été fondé en septembre 1895 dans le but de coordonner les travaux bibliographiques qui se poursuivent dans le monde entier sans connexion les uns avec les autres et de réunir dans un répertoire bibliographique universel les inventaires partiels et épars de la production intellectuelle, scientifique artistique et littéraire. Le siège de l'Institut est à Bruxelles ; les membres seréunissent en Congrès pour discuter les questions intéressant la bibliographie, et un *Bulletin* les tient au courant des faits qui se produisent dans cet ordre d idées dans l'intervalle des Congrès.

C'est grâce à l'initiative des fondateurs de l'Institut, MM. Lafontaine et Ollet, que la question de classification décimale de Melvil Dewey, qui est employée en Amérique depuis vingt ans, a été soulevée et discutée dans un grand nombre de Sociétés savantes dont quelques-unes l'appliquent déjà.

Afin de constituer dans notre pays un centre où ces questions puissent être étudiées en vue des congrès futurs, une section française de l'Institut international de bibliographie vient d'être fondée. Elle a choisi comme président M. le Profr C. M. Gariel, et comme secrétaire M. le Dr Marcel Baudouin. Les demandes de renseignements relatifs à cette section, peuvent être adressées à M. Gariel, 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes, à Paris).

Associa ion de la presse médicale française (Réunion du 10 juillet 1896). — Le 10 juillet a eu lieu le trente-troisième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Profr Cornil. 19 personnes y assistaient.

M. le Dr de Lavarenne (de Paris), représentant *La Presse médicale* (de Paris); M. le D Lévy (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de polytechnique illustrée* (de Paris); M. le Dr Déléage, représentant la *Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie* (de Paris), ont été élus membres de l'Association. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. les Drs Cabanès (*Chronique médicale*) et Archambaud (*Revue médicale*), MM. Bilhaut et Butte.

La Commission du Cinquantenaire de l'Anesthésie, qui s'occupe activement de la préparation de cette manifestation scientifique et humanitaire, a décidé de réunir cette semaine les délégués des Sociétés et Associations médicales, ayant approuvé l'idée de cette fête.

Le secrétaire général : Marcel BAUDOUIN.

Exercice illégal de la médecine. — Le 20 mars dernier, les murs de Saint-Laurent-sur-Gorre étaient couverts d'affiches annonçant l'arrivée de la prétendue célébrité médicale de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Benjamin-Jean-Baptiste-Victor Guéry. Ce fameux médecin s'est vu condamner par le tribunal correctionnel de Rochechouart à 1,000 francs d'amende et aux dépens avec application de la contrainte par corps, pour exercice illégal de la médecine et usurpation du titre de docteur. Le procureur de la République, ayant reçu de nombreuses plaintes pour homicide, va être obligé d'introduire une nouvelle affaire qui ne manquera pas d'être intéressante.

(*Progrès médical*).

Club médical vélocipédique. — L'excursion du 26 juillet aura pour objectif Dennemont, près Mantes.

Rendez-vous : Porte-Maillot, restaurant Gillet, à 8 heures.

Par Suresnes, Nanterre, Rueil, St-Germain, halte à Poissy, de 9 h. 1/2 à 10 h., chez Breton, 6, avenue de Mignot. Villennes les Mureaux, Mantes et Dennemont, déjeuner à midi, à l'hôtel — restaurant du Moulin (Ile de Dennemont).

Dr Bilhaut, capitaine de route.

L'excursion du 9 août aura pour but le moulin de Jarcy, (près Combs-la-ville).

La mortalité à Paris. — Pendant la 29e semaine du 12 au 18 juillet 1896 le service de statistique a constaté 960 décès au lieu de 911 et de la moyenne 922.

Les maladies épidémiques augmentent légèrement (47 au lieu de 32 et de la moyenne 65), la fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 9 et de la moyenne 10, la rougeole 14 décès au lieu de 8 et de la moyenne 24, la scarlatine 9 au lieu de 2 et de la moyenne 5, la coqueluche 7 au lieu de 4 et de la moyenne 7, la diphtérie 10 au lieu de 8 et de la moyenne 17.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par influenza.

La diarrhée a subi une augmentation considérable due à la température élevée que nous subissons elle a causé 139 décès au-dessous de 1 an au lieu de 97 et de la moyenne 114. En outre 27 personnes de plus de 1 an sont morts de cette affection (au lieu de 11 et de la moyenne 23).

21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 68 décès (au lieu de 72 pendant la semaine précédente et au lieu de 83, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne de 10); bronchite chronique, 9 décès (au lieu de la moyenne 19); bronchopneumonie, 26 décès (chiffre identique à la moyenne); pneumonie 24 décès (au lieu de la moyenne 27). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 36 décès, dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès au lieu de la moyenne 172; la méningite tuberculeuse, 21 décès; la méningite simple, 32; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 58 décès, et les maladies organiques du cœur, 50; le cancer a fait périr 47 personnes. Enfin, 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 18 suicides et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 426 mariages.

On a enregistré la naissance de 1062 enfants vivants 564 garçons et 498 filles, dont 771 légitimes et 291 illégitimes. Parmi ces derniers, 44 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 302 enfants, dont 5 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 90 seront nourris au sein et 212 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 83 morts-nés, dont 54 légitimes et 29 illégitimes.

Nécrologie. — Le Dr Emery de Lyon. — Le Dr Gonsierski (Hippolyte), de Moutiers-sur-Saulx (Meuse) décédé à l'âge de 90 ans. — Le Dr Cosseret, médecin de la Cie P. L. M. à Digoin (Saône-et-Loire) décédé le 17 juillet à l'âge de 56 ans.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Vacances de 1896. Trains de plaisir.

1° Paris-Clermont. — Aller : Départ de Paris, le 8 à 11 heures, soir. Arrivée à Clermont, le 9 août à 9 heu matin.

Retour au gré des voyageurs, par tous les trains o naires (sauf les express), à partir du 11 août, jusqu'au nier train du 22, même mois.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 32 francs; 3e cl 21 francs.

2° Paris-Genève. — Aller : départ de Paris le 8 aoû 10 h. 5, soir. Arrivée à Genève, le 9 août, à 11 h. 45, ma

Retour au gré des voyageurs, par tous les trains naires (sauf les express), à partir du 11 août jusqu'au nier train du 22, même mois. Toutefois les voyag pourront utiliser le train express N° 14, entre Mâco Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 50 fr.; 3e classe, 34 fr

3°. — Paris-Berne-Zermatt. — Aller : départ de Paris 13 août à 3 h. 30 soir, arrivée à Berne, le 14 août à 8 h matin, arrivée à Zermatt, le 14 août à 3 h. 25 soir.

Retour : au gré des voyageurs, du 16 au 31 août inc par tous les trains (sauf les express).

Les voyageurs peuvent s'arrêter dans toutes les g d'arrêt comprises entre Pontarlier-Berne et Zermatt, ta l'aller qu'au retour.

Prix (aller et retour) pour Berne : 2e classe, 45 fr.; 3e cla 30 fr., pour Zermatt : 2e classe, 63 fr.; 3e classe, 42 fr.

4° Paris-Aix-les-Bains-Chambéry. — Aller : départ Paris, le 22 août à 10 h. 10 du soir, arrivée à Aix-les-Ba le 23 août à 11 h. 3 matin; arrivée à Chambéry, l août à 11 h. 45 matin.

Retour au gré des voyageurs, par tous les trains naires (sauf les express) à partir du 24 août jusqu'au nier train du 5 septembre. Toutefois les voyageurs pour utiliser le train express n° 14 entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 fr. — 3e classe, 32

On pourra se procurer des billets pour les train plaisir de Paris à Clermont, de Paris à Genève, de Pa Berne et à Zermatt, de Paris à Chambéry, à dater d juillet, à la gare de Paris P.L.M., 20, boulevard Did dans les bureaux-succursales de la Compagnie et dan diverses agences de voyages.

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur p sant pour guérir : Chloroses, Anémie profonde, Menstrua douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarr

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VICIER spéciales contre la co pation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.